Zur Lehre von den

Intoxikationspsychosen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Karl Luedtke,
Arzt aus Groß-Lichterfelde.

Kiel 1910.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Zur Lehre von den

Intoxikationspsychosen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Karl Luedtke,
Arzt aus Groß-Lichterfelde.

Kiel 1910.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Nr. 43.
Rektoratsjahr 1910/11.

Referent: Prof. Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Prof. Dr. **Siemerling,**
z. Z. Dekan.

Was die Ätiologie der Geisteserkrankungen anbetrifft, so unterscheidet man im allgemeinen zwischen endogenen, d. h. ohne erkennbare Einwirkung entstehenden Psychosen und Psychosen, bei denen die psychischen Störungen auf Grund von Beeinflussung des Zentralnervensystems durch äußere Ursachen hervorgerufen werden. Es kommen bei der zweiten Gruppe hauptsächlich in Betracht: Trauma, Infektion und Intoxikation. Eine strikte Scheidung zwischen Infektions- und Intoxikationspsychosen wird sich kaum ermöglichen lassen, da sicherlich eine große Anzahl der Infektionspsychossn nicht durch die Erreger selbst, sondern durch gewisse im Verlaufe des infektiösen Prozesses abgeschiedene Toxine und Bakteriengifte verursacht werden, demzufolge also auch als Intoxikationspsychosen bezeichnet werden müßten. Immerhin kann man über den Begriff „Intoxikationspsychose“ kaum im Zweifel sein, wenn man bedenkt, daß es sich dabei um Gifte handelt, die dem Organismus auf direktem Wege einverleibt werden, sei es durch die Atmung (wie bei den meisten chemischen Vergiftungen), sei es durch die Aufnahme per os in Form von Genuß- und Arzneimitteln oder sei es durch irgendeine andere äußere Applikation.

Man hat schon seit langem sich bemüht, die Intoxikationspsychosen in ein bestimmtes psychiatrisches System zu bringen, indem man die ätiologischen Ursachen in Einklang mit den klinischen Symptomen zu bringen versuchte. Dem stellen sich aber anscheinend größere Schwierigkeiten entgegen. „Der Begriff ‚Intoxikationspsychose‘ ist zunächst ein rein ätiologischer. Nun ist aber, was wir klinisch über das Ver-

hältnis von Ursache und Wirkung beobachten können, streng genommen, stets nur das post hoc; das propter hoc kann immer nur mehr oder weniger wahrscheinlich gemacht werden, wahrscheinlich durch die enge zeitliche Aufeinanderfolge, durch den Ausschluß anderer ursächlicher Momente und schließlich durch die Erfahrung, daß auf die gleichen Ursachen immer wieder, in einer Reihe von Fällen, die gleichen Erscheinungen folgen. Am schwierigsten wird es stets sein, mit Sicherheit auszuschließen, daß nicht als Ursache noch andere Momente gleichzeitig mitwirken, und daß andersartige Zwischenglieder sich einschieben. Eine wesentliche, in der Psychiatrie längst anerkannte Schwierigkeit liegt darin, daß die Objekte, auf welche die Schädlichkeiten wirken, nicht einander völlig gleich sind". (Schröder, Beitrag zur Lehre von den Itoxikationspsychosen; Zeitschrift für Psychiatrie 1906, S. 714.)

Schröder kommt zu dem Schluß, daß man in Anbetracht dessen lieber auf eine ätiologische Zusammenfassung der Krankheitserscheinungen verzichten solle.

Gleichwohl hat man es verschiedentlich unternommen, eine Gruppierung der Gifte, die als ätiologische Momente für die Entstehung von Psychosen in Betracht kommen, vorzunehmen. (Legrain, Annales med.-psychol. 1893; Kellogg, the Journal of new. and ment. science 1893.)

Auch Heiberg hat in seiner „Systematik der Intoxikationspsychosen" (Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 1902) ein Schema festgelegt. Er gruppiert nach der chemischen Verwandtschaft der wirksamen Stoffe und stellt von organischen Verbindungen, die für diese Arbeit nur in Betracht kommen, drei Gruppen auf:

I. Gruppe: Fettkörper (Chloroform, Jodoform, Alkohol, Äther, Paraldehyd, Chloral, Sulfonal). Alle diese Körper machen nach seiner Ansicht fast durchweg die gleichen psychischen Störungen. Er wirft daher die Frage auf, ob man nicht die

Wirkung dieser Verbindungen, die alle in unveränderter Form auf das Zentralnervensystem einwirken, auf eine gemeinsame Eigenschaft zurückführen könne, nämlich auf die Fähigkeit, fettähnliche Stoffe aufzulösen.

II. Gruppe: Aromatische Stoffe, von denen für die Psychiatrie besonders die Salizylsäure von Interesse ist.

III. Gruppe: Alkaloide (Atropin, Kokain, Opium und seine Derivate, Nikotin, Chinin, Santonin, Antipyrin). Die Wirkung dieser Stoffe ist noch wenig aufgeklärt.

Schröder sagt in seinem oben erwähnten Vortrage weiter: „Praktisch spielt bei uns zulande von allen Giften der Alkohol die bei weitem wichtigste Rolle. Der Psychiater hat reichlich Gelegenheit, sich mit dem Alkoholismus zu beschäftigen, während er die psychischen Folgezustände anderer Gifte nur sehr viel seltener zu Gesicht bekommt. Schilderungen über solche stammen meistens von Nichtpsychiatern und sind in der medizinischen Literatur weit zerstreut. Erst in letzter Zeit finden sich Zusammenstellungen über die Wirkungen einzelner Gifte von psychiatrischer Seite".

Tatsächlich ist es recht wenig, was einem an Beschreibungen von reinen Intoxikationspsychosen in der Literatur in die Augen fällt, während man doch über Vergiftungen — ohne psychische Störungen — zahlreiche Berichte zu Gesicht bekommt. Das liegt wohl daran, daß es bei den meisten Intoxikationen nicht zur Ausbildung einer Psychose kommt, weil entweder die Dosis so stark ist, daß es sofort ad exitum kommt, oder aber zu klein, so daß es bei den gewöhnlichen nervösen und körperlichen Vergiftungserscheinungen sein Bewenden hat, abgesehen davon, daß es ja noch sehr auf das Individuum selbst ankommt, ob es auf eine bestimmte Quantität des Giftes mit einer Störung seiner Psyche reagiert oder nicht.

Es dürfte demnach von Interesse sein, einmal wieder einen Fall von Intoxikationspsychose veröffentlicht zu sehen.

Nächst dem Alkohol ist es das Morphium, Kokain und die unendliche Reihe von Narkoticis und Schlafmitteln, die das Hauptinteresse der Psychiater erregen. Unter diese Rubrik fällt auch der folgende Fall, der aus der psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel stammt, und dessen Akten mir Herr Geheimrat Siemerling freundlichst zur Verfügung gestellt hat.

Es handelt sich um einen 25 Jahre alten Apotheker T., der am 16. Oktober 1909 in die Klinik aufgenommen wurde und am 13. Dezember 1909 von dort geheilt entlassen werden konnte.

T. war in einer Kieler Apotheke beschäftigt und seit 4 Wochen heimlich verlobt. Er war früher nicht besonders krank gewesen, zumal wurde auf psychischem Gebiete nie etwas Auffallendes an ihm bemerkt; auch war er kein starker Trinker. In der Familie wurden Geisteskrankheiten nicht beobachtet. Nach Angabe des Vaters hatte T. in letzter Zeit angestrengt gearbeitet. Seine Braut, die ihn begleitet, macht über Beginn und Verlauf der Erkrankung folgende Angaben: Vor 4 Wochen erkrankte T. an Influenza (Husten, Schnupfen, Unbehagen, Schlaflosigkeit, kein Erbrechen, kein Kopfweh). Hier in Kiel lag er 14 Tage krank. Gegen die Schlaflosigkeit bekam er Veronal verordnet und hat davon angeblich mehr genommen als vorgeschrieben war. Dann fuhr er nach Essen und hat dort weiter Veronal und gelegentlich auch etwas Brom gebraucht. Als er 8 Tage später aus Essen zurückkehrte, fiel auf, daß er stiller war als sonst; er war oft ganz geistesabwesend, traurig gestimmt und grübelte viel vor sich hin, er machte einen schlaffen, müden Eindruck und klagte über Dumpfheit und Schwindel im Kopf und zunehmende Schlaflosigkeit. Angeblich hatte er sich schon vor seiner Abreise nach Essen Gedanken darüber gemacht, ob seine Eltern in die Heirat willigen würden.

Status praesens vom 16. Oktober 1909: Kräftig gebauter Mann mit gut entwickelter Muskulatur und in gutem Ernährungszustande. Gewicht 80 kg, Größe 173 cm. Temp. 36,1°, Gesicht normal gerötet, Schädel nicht druckempfindlich. Am Hinterkopf eine aus der Kindheit herrührende Narbe.

Pupillen übermittelweit, nicht ganz rund, L. Spur > R. R. L. +; R. C. +. Konjunktivalreflex fehlt, Kornealreflex vorhanden. Beim Blick nach rechts zeigt sich eine zuckende Unruhe der Bulbi. Im Facialisgebiet keine Unregelmäßigkeit. Die Zunge ist weißlich belegt, wird gerade hervorgestreckt, zittert etwas. Gaumenbögen gleichmäßig gehoben; Rachenreflex nicht erhältlich. An der linken Wange, sowie an Hals und Rücken einzelne Akneknötchen.

Reflexe der oberen Extremitäten kaum auslösbar. Leichter Tremor manuum. Bauchdeckenreflex nicht erhältlich, Kremasterreflex schwach. Am rechten Knie und linken Schienbein Wundschorfe (nach Fall). Kniesehnenphänomen sehr lebhaft; kein Patellarklonus. Achillessehnenreflexe lebhaft. Zehen werden schwach plantarwärts gebeugt. Romberg angedeutet, Gang unsicher; beide Beine werden mit ziemlicher Kraft gehoben.

Geringes Ausfahren beim Kniehackenversuch. Pinselberührung lokalisiert. Spitz wird öfter als stumpf empfunden. Schmerzempfindung etwas herabgesetzt.

Lunge ohne krankhaften Befund. Herztöne rein, leise; Puls 60, klein, regelmäßig.

Leib etwas gespannt, aufgetrieben, druckempfindlich.

Paradigma wird schlecht behalten, leicht hesitierend gesprochen; leichte Mitbewegung des Gesichts.

Patient macht einen etwas benommenen Eindruck, faßt Fragen schwer auf und beantwortet sie langsam, kommt den Aufforderungen nicht immer nach.

„Tag?“ — „Dienstag, nein, Samstag“. „Monat?“ — „November“. „Welcher?“ — „13.“ „Jahr?“ — „1909“. „Wann zurückgekommen aus Essen?“ — „Donnerstag“. „An

welchem Donnerstag?“ — Schweigt. Die anamnestischen Angaben des Patienten stimmen im großen und ganzen mit denen seiner Braut überein. Er berichtet noch, daß sein Gang schlechter geworden sei, daß er nach seiner Rückkehr aus Essen habe geführt werden müssen, und daß seit vier Wochen sein Gedächtnis bedeutend nachgelassen habe. Auf Befragen gibt er an, auch Brom genommen zu haben. — „Sie meinen wohl, daß ich an Bromismus leide? Es gibt unter den Apothekern viele“. „Haben Sie nie etwas genommen?“ — „Nein“. „Wann hier in Kiel angekommen?“ — „Vor 3 Tagen“. Nach längerer Überlegung: — „Vor 8 Tagen“. „Was hier getan?“ — „Gegangen und viel gelegen“. „Schlaf?“ — „Nicht besonders“. „Wollten Sie heiraten?“ — „Das lag in weiter Ferne“. „Sind Sie verlobt?“ — „Nein“. „Stimmung?“ — „Sehr traurig“. „Warum?“ — „Weil der Arzt sagt, ich müßte in eine Klinik“. „4 × 13?“ — „52“. „13 × 14?“ — „192 — 162 — 168 — 202 — 204“.

17. Oktober: Patient hat ohne Mittel gut geschlafen, klagt heute über etwas Schwindelgefühl, macht im ganzen einen etwas freieren Eindruck. Zunge ist belegt und zittert.

19. Oktober: Patient ist seit heute morgen in einem sehr erregten Zustande, glaubt zu hören, daß „sein rachsüchtiger Bruder“ über ihn spricht, ihn schlecht macht, daß er nicht bezahlen könne usw. Er ist nur schwer vom Fortgehen zurückzuhalten. Die Erregung nimmt zu. Patient hört seinen Bruder im Keller und nebenan sprechen, will mit seiner Mutter fort, die hier sei. Er greift auf der Bettdecke herum und springt häufig aus dem Bett. Er wird nach dem Isolierhaus gebracht. In der Zelle sagt er, man solle das Paket fortnehmen, das da liege.

20. Oktober: Patient hat wenig geschlafen, ist oft aufgestanden und viel herumgelaufen. Er fordert, man solle ihn kastrieren, ihm „den Vorsack wegschneiden“. Den Bruder höre er schimpfen; sie tanzten um ihn herum und

machten Schikane; er habe sie draußen im Garten gesehen. Patient sieht im Garten eine Dame im weißen Kleide sitzen, die sich die Ärmel abwischt. Nachts seien ihm Dinge auf die Haut geschmissen worden. „Wo hier?“ — „Kiel, Lazarett — Nervenklinik“. Patient will mit der Mutter fort, die sitze nebenan; ihm fehle gar nichts, er sei viel kräftiger als gestern. Patient macht einen ängstlichen Eindruck, kommt oft aus dem Bett und der Zelle; seine Sprache ist auffallend verwaschen.

21. Oktober: Patient hat wenig geschlafen, kommt häufig aus der Zelle heraus, behauptet, es seien Soldaten draußen, die machten Musik. „Wo hier?“ — „An der .... Straße, da ist ein katholisches Kloster; ich bin bis acht Uhr in der Klinik gewesen und dann fortgefahren“. Auf Befragen, ob er die Ärzte kenne, nennt er falsche Namen. „Was sehen Sie an der Wand?“ — „Da hat jemand hingespuckt“.

22. Oktober: Vergangene Nacht ist Patient sehr unruhig gewesen und hat sein Hemd zerrissen. Heute ist er völlig verwirrt. Er habe einen dummen Jungen herausschmeißen wollen; er laufe jetzt $^3/_4$ Stunden zu Fuß herum; seine Mutter sei in die Wochen gekommen. Bei Druck auf die Bulbi sieht er blaue Farben, erblickt dann plötzlich den Besitzer der Apotheke, in der er gearbeitet hat; kurz darauf sieht er ein gelbliches Licht und bemerkt im Garten vier Damen, die da nähten und flickten. Auf Befragen gibt er an, er sei Gehilfe hier in der Apotheke, sei am 3. August hier eingetreten und habe gestern eine „Stuhlwasserkur“ gebraucht.

Bei der Urinuntersuchung ergibt sich eine Spur Eiweiß, kein Zucker.

24. Oktober: Patient hat gar nicht geschlafen. Er lief fast die ganze Nacht herum, tastete an der Tür und den Wänden umher, als wollte er nach etwas greifen, zog sich Fäden aus dem Munde usw. Dieses unruhige Verhalten setzt er auch am Tage fort, läßt sich aber durch den Hinweis auf

seinen schlechten Puls immer wieder bewegen, sich niederzulegen.

26. Oktober: Patient ist dauernd desorientiert. Zum Arzt sagt er: „Wir haben uns ja gestern im D-Zuge getroffen“. Gelegentlich kann er seinen Aufenthaltsort richtig angeben.

27. Oktober: Patient hat während der Nacht etwas geschlafen, hat seine Zelle mit Kot beschmiert. „Wo hier?“ — „Kruppsches Krankenhaus in Essen“. „Seit wann?“ — „Seit Mittag“. „Wo vorher?“ — „Nebenan“. „Wie lange sind Sie im Krankenhaus?“ — „Drei Stunden — fünf Wochen“. Patient gibt langsame Antworten, macht einen schwerbesinnlichen Eindruck. Im ganzen hält er sich ruhiger als die Tage vorher.

28. Oktober: Patient hat etwas geschlafen. „Wie geht's?“ — „Nicht besonders. Ich kann den Leuten nicht so recht in die Augen schauen“. Die Frau des einen Arztes habe einmal durch ihn gelitten. Was er ihr getan habe? — Er wolle es von seinem Gewissen haben, daß er den Schuß abgegeben habe. Er habe die Frau durch den Schuß vor 1½ Tagen am Fuß verletzt. „Wo hier?“ — „Kruppsches Krankenhaus in Essen“.

Auf Befragen gibt Patient an, er sei seit einem halben Jahr hier, habe hier zu konditionieren und dann zu studieren. „Wie lange in der Nervenklinik?“ — „Vier Wochen sowas — ich kann nicht recht denken“.

Auf Befragen, was er alles eingenommen habe, gibt Patient an: „Öfter Kokain wegen ‚Geldschwierigkeiten‘. In der Woche zweimal 0,03 g Morphium. Mehrmals 0,5 g Veronal täglich, einmal ein ganzes Röhrchen an einem Tage. Dann, als das Veronal ausgegangen war, kurze Zeitlang etwas Bromnatrium. Ich habe furchtbar viel Gift gebraucht, was hier eingegeben wird, um die Leute wieder zum Leben zu bringen“.

Patient macht immer noch einen etwas benommenen Eindruck, faßt schwer auf, gibt oft erst nach mehrfachem Befragen Antwort. Der Puls, der anfangs so schlecht war, daß Strophantus gegeben werden mußte, hat sich gebessert.

30. Oktober: Patient hat gut geschlafen. Morgens bei der Visite kniet er auf dem Bett und starrt auf die Bettdecke. „Was tun Sie da?“ — „Ich will die Sache herausarbeiten; ich sehe auf der Bettdecke Blut, den einen Bruder von meiner Schwester; auf der Decke steht geschrieben: Gerechtigkeit“. „Wo hier?“ — „Böhmen“. „Stadt?“ — „Gelsenkirchen“. Patient macht einen gänzlich ratlosen Eindruck, muß sich bei jeder Frage lange besinnen.

1. November: Patient ist erheblich ruhiger, aber immer noch verwirrt. Ob er den Pfleger kenne? — Er habe ihn vor 35 Jahren gesehen; er selbst sei jetzt 56 Jahre alt. „Wann geboren?“ — „17. April 1884“. „Welches Jahr jetzt?“ — „1912“.

2. November: Patient wird aus dem Isolierhaus zurückverlegt. Er liegt ruhig zu Bett, meist mit geschlossenen Augen, macht immer noch einen benommenen Eindruck.

3. November: „Wo hier?“ — „Nervenklinik Kiel“. „Wie lange?“ „Weiß nicht, ein paar Jahre, weiß nicht“. „Monat?“ — „Dezember“. Er sei hier in einem ganz anderen Stadtteil, es komme ihm alles so anders vor; er sei nicht in Kiel in der Klinik; er sei auch gar nicht krank. „Erdteile?“ — „Europa, Asien, China, — die andern fallen mir noch ein.“ Monatsnamen werden vorwärts richtig aufgezählt, rückwärts wird September ausgelassen. „Wann geboren?“ — „1884“. „Wie alt?“ — „51 Jahre“.

7. November: Gegen Abend wird Patient wieder unruhiger, wirft die Bettdecke fort, will nicht im Bett bleiben, redet ganz verwirrtes Zeug. Er wird wieder nach dem Isolierhaus gebracht.

10. November: Patient erklärt heute spontan, es sei ihm viel klarer im Kopf. Er gibt klare und besonnene Ant-

worten, ist sowohl zeitlich, wie auch örtlich vollkommen orientiert. Er berichtet mit einer gewissen Übersicht und mit wiederkehrender Erinnerung von dem Beginn und Verlauf seiner Krankheit. Er gibt den Gebrauch resp. Mißbrauch von Morphium, Kokain und Veronal zu und meint jetzt selbst, daß seine Verwirrtheit daher stamme. Wenn er auch noch manchmal nicht recht sicher in seinen Darstellungen ist, macht er doch nicht mehr den Eindruck eines schwerbesinnlichen Menschen. Die noch vorhandenen Erinnerungsfehler und -lücken sind begreiflich in Anbetracht des langen Deliriums.

13. November: Patient ist seit gestern im Einzelzimmer. Er macht einen etwas mürrischen Eindruck: er habe sich geärgert, weil gestern soviel Lärm vor seiner Tür gewesen sei. Nachmittags wieder stärkere Erregung. Es werde immer über ihn gesprochen; man habe etwas mit ihm vor. Er höre draußen vor der Tür immer: Bettelmanns Lust, Bettelmanns Leid! rufen, er wisse nicht, was das zu bedeuten habe; es werde über ihn gelacht; man spreche über Marie Sieg; er kenne sie nicht; es sei wohl ein gemeines Frauenzimmer, mit deren Namen man seinen in einem Atem nenne. Patient kommt in den Wachsaal.

15. November: Patient ist wieder ruhig und geordnet, gibt richtige, besonnene Antworten.

23. November: Patient ist äußerlich geordnet. Er macht einen träumerischen, versonnenen Eindruck und gibt zu, noch Stimmen zu hören; es sei aber keine Täuschung; er höre deutlich seinen Namen rufen, sonst nichts.

29. November: Patient ist ziemlich klar und ruhig, hört angeblich keine Stimmen mehr. Er beschäftigt sich viel mit Lesen, beachtet die anderen Patienten wenig. Er fühlt sich jetzt wieder durchaus wohl, abgesehen von etwas Schwindel manchmal beim Aufsein.

6. Dezember: Patient ist klar, ruhig und geordnet, zeigt ein bescheidenes und freundliches Auftreten.

10. Dezember: Patient gibt auf Befragen an, er höre keine Stimmen mehr. Befragt, wie er sich den Vorgang erkläre, meint er, es sei damals wohl gesprochen worden, er habe das wohl falsch verstanden und auf sich bezogen; das sei wahrscheinlich von der Vergiftung gekommen. Auf Fragen, sein Verhältnis zur Familie und seine Verlobung betreffend, wird Patient verstimmt, weint und gibt keine rechte Auskunft mehr, sagt dann, es sei nichts damit.

13. Dezember: Geheilt entlassen.

Da der Patient Apotheker von Beruf ist, und ihm als solchem die Beschaffung von Medikamenten weiter keine Schwierigkeit macht, so ist wohl anzunehmen, daß er von den in Frage stehenden Giften im Laufe der Zeit mehr in sich aufgenommen hat, als aus den ziemlich ungenauen Angaben über den Verbrauch hervorgeht. Wenn wir von dem Brom absehen, von dem er nur ganz vorübergehenden Gebrauch gemacht haben will, so handelt es sich hier um drei Gifte, die als ätiologische Momente für die Phychose in Betracht kommen: Kokain, Morphium und Veronal.

Die Kokain-Morphiumpsychosen sind in den letzten Jahren mehrfach in der Literatur beschrieben worden, so daß wir davon absehen können, diese des Näheren zu besprechen. Rudolf Foerster hat sich in seiner Dissertation „Zur Kasuistik der kombinierten Morphio-Kokainpsychose“ eingehender mit dieser Art von Geistesstörungen befaßt. Ich kann auf diese Arbeit, die 1904 in Kiel erschienen ist, verweisen und will mich darauf beschränken, vergleichsweise einen Fall von Thomsen*), der unter anderen dort Aufnahme gefunden hat, hier anzuführen.

Verwaltungsbeamter, 35 Jahre alt. Familie gesund. Patient war früher Offizier, ging wegen Rheumatismus ins

*) Thomsen, Zur Kasuistik der kombinierten Morphio-Kokainpsychosen. Charité-Annalen 1887.

Verwaltungsfach über. Er spritzt seit 10 Jahren täglich 1,5 g Morphium, später daneben 1,0 g Kokain. Er ist menschenscheu, körperlich abgekommen. Am 9. Mai 1886 suchte er eine Anstalt auf, wo ihm das Kokain sofort, das Morphium binnen sechs Tagen entzogen wurde. Infolge der Abstinenz schweres Delirium, das durch geringe Kokaindosen vermindert wurde. Das Delirium dauerte bis zum 22. Mai; es bestand in Aufregungszuständen und lebhaften Halluzinationen. Patient sah Damen im Zimmer und Leute, die ihn fesseln wollten. Er glaubte dann eine feierliche Handlung zu sehen: Versöhnung mit seinem Vater, Festzug und Dankreden.

Am 19. Mai geht Patient aus der Anstalt, am 25. Mai ist er konfus, schimpft, die Wirtsleute haben ihn bestohlen, und sucht im Zimmer umher. Am 26 Mai abends wird er in die Charité aufgenommen. Seit seiner Entlassung hat er angeblich nur Chloral genommen.

Status: Großer, kräftig gebauter Mann, ohne Anomalie der inneren Organe. Pupillen mittelweit, reagieren gut, Kniephänomen vorhanden; taumeliger Gang, lallende Sprache, Tremor. Patient ist konfus, macht widersprechende Angaben, faßt nichts auf, macht Witze und Redensarten, ist im allgemeinen unklar, gleichmütig, nur gelegentlich grob, ohne aber die Form zu verlieren. Er deliriert, sucht im Bett herum, zieht Fäden. Hochgradige Sprachstörung, Paraphasie; fast unverständliche Sprache.

28. Mai: Zunahme der Verwirrung, Patient läßt unter sich; langsamer, schwacher Puls. Er redet von einem Diebstahl, den man auf dem Dampfschiff, auf dem er sich zu befinden glaubt, begangen habe.

29. Mai: Patient ist vorübergehend etwas klarer, macht aber einen stupiden Eindruck.

3. Juni: Patient kann aufstehen, Paraphasie und Verwirrtheit bestehen noch in demselben Grade.

7. Juni: Patient ist wieder bettlägerig.

10. Juni: Patient ist ruhiger, Paraphasie undeutlicher. Völlige geistige Restitution.

16. Juni: Geheilt entlassen. Es bestehen Erinnerungsdefekte bezüglich des Deliriums.

Die Ähnlichkeit zwischen diesem Falle einer reinen Kokain-Morphiumpsychose und unserem Falle liegt auf der Hand. Sicher spielt hier aber auch das Veronal, von dem der Patient nach eigener Angabe einmal ein ganzes Röhrchen genommen hat, bei dem Zustandekommen des Krankheitsbildes eine Rolle.

Wenn auch Fälle von reiner Veronalpsychose bisher nicht beschrieben worden sind, so sind doch bei den in der Literatur aufgeführten Veronalvergiftungen häufig psychische Störungen beobachtet worden von der Art, wie sie auch in unserem Falle in gewissen Krankheitserscheinungen zutage treten (Erinnerungsdefekte und -täuschungen, Verwirrtheitszustände, Bewußtseinsveränderungen, Visionen; ferner: Tremor, taumelnder Gang usw.).

Das Veronal, ein Harnstoffderivat, ist erst im Jahre 1903 durch E. Fischer und v. Mering*) in den Arzneischatz eingeführt worden. Es erklärt sich daher die verhältnismäßig spärliche Literatur über sicher erwiesene Veronalvergiftungen, ist doch Steinitz**) der Meinung, daß, wenn man die zweifelhaften oder durch gleichzeitige Wirkung anderer Gifte komplizierten und die nur auf Idiosynkrasie beruhenden Intoxikationen abrechnet, in der ganzen Literatur nur etwa 10 Fälle von sicheren akuten Veronalvergiftungen übrig bleiben.

Das Veronal fand anfangs großen Beifall. W. Fischer, Berent, Poly, Lotsch, Raschkow, Mendel und

*) Therapie der Gegenwart. März 1903. Über eine neue Klasse von Schlafmitteln.

**) Steinitz, Therapie der Gegenwart. Mai 1908. Zur Symptomatologie, Prognose und Therapie der akuten Veronalvergiftungen.

andere sprachen sich sehr anerkennend über die prompte Schlafwirkung des Veronals aus; Nebenwirkungen wurden fast gar nicht beobachtet. Aber schon im nächsten Jahre zeigten sich seine gefährlichen Eigenschaften und fanden in den folgenden Jahren von mehreren Seiten ihre Bestätigung. Hier einiges aus der Literatur:

Held, Zentralblatt für Nervenheilkunde Nr. XV, S. 369.

Vergiftung nach Gebrauch von 9 g Veronal. Es bestand tiefer Sopor, lebhafte Patellarreflexe, träge Pupillenreaktion, geringe Reaktion auf äußere Reize. Am nächsten Tage Opistotonus und tetanoide Zuckungen des Körpers, auf der Haut ein pemphigusartiges Exanthem.

Kreß (Therapeutische Monatshefte, September 1905, S. 467) berichtet über einen Fall von längerem Veronalmißbrauch mit tödlichem Ausgange.

Die 28jährige, hochgradig hysterische Patientin hatte, nachdem ihr wegen Schlaflosigkeit einige Male abends 0,5 g Veronal verabreicht worden war, später 11½ Monate lang täglich abends 0,5 bis 2,0 g genommen. Neben körperlichen Vergiftungssymptomen (Tremor, Taumeln bei Gehversuchen, Brechneigung, Obstipation, permanenten Schwindelzuständen) kam es hier auch zu psychischen Störungen: Erinnerungsdefekten und -täuschungen, Verwirrtheits- und Erregungszuständen, unbestimmtem Angstgefühl und Bewußtseinsveränderungen. Es traten epileptiforme Krampfanfälle auf und schließlich Exitus im Status epilepticus.

Möhrchen, Therapeutische Monatshefte, April 1906.

Patient, etwas Morphinist, hatte suicidii causa 9—10 g Veronal genommen. Folgen: Bewußtlosigkeit, Pupillenstarre, Fehlen der Reflexe; erst ein komatöses, dann ein delirantes Stadium; Erinnerungsdefekte, Erschwerung der Sprache, Gedankenhemmung.

Nach Möhrchen kommen bei den meisten beschriebenen Intoxikationen die Patienten im tiefsten Koma mit engen, lichtstarren Pupillen und cyanotischer Gesichtsprobe rasch

ad exitum. Es erklärt sich daher die geringe Anzahl der beobachteten Veronalpsychosen im Vergleich zu den Vergiftungen ohne komplizierende Psychose. Es kommt eben wegen des alsbald eintretenden Todes nicht erst zur Ausbildung einer Geistesstörung.

Nienhaus (Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte Nr. XI, S. 336) führt als die häufigsten bei Veronalvergiftungen beobachteten Symptome an: Cyanose, unregelmäßige Herztätigkeit, enge, starre Pupillen, taumelnden Gang, lallende Sprache, Tremor, Doppeltsehen, Verwirrtheit, Visionen, Oligurie; in schweren Fällen: Sopor, Cheyne-Stokessches Koma, opistotonische und tetanische Zuckungen.

Steinitz (Therapie der Gegenwart, Mai 1908; Zur Symptomatologie, Prognose und Therapie der akuten Veronalvergiftungen) hat beobachtet: tiefe Bewußtlosigkeit bei relativ guter Atmung und Herztätigkeit, völliges Erloschensein der Kornealreflexe bei erhaltener Lichtreaktion der nicht oder wenig verengten Pupillen, schlaffe Extremitäten mit erhaltenen Sehnenreflexen. In der Rekonvaleszenz sind ihm drei auffällige Symptome begegnet: Unbeholfenheit des Ganges, verlangsamte Sprache und Sehstörungen. Außerdem unterscheidet er vier Intensitätsgrade der Veronalwirkung: 1. Schlaf, 2. einen rauschähnlichen Zustand, 3. ein dem hysterischen Anfall ähnliches Verhalten, 4. das tiefe Koma.

Neumann (Berliner Klinische Wochenschrift 1908; Veronalvergiftung und Glykosurie) wurde am 9. Januar morgens zu einer Patientin gerufen, die, weil sie Ärger und Aufregung gehabt hatte, am Abend vorher 3,5 g Veronal zu sich genommen hatte. Patientin war zwei Tage lang bewußtlos, Pupillen extrem verengt, ohne Lichtreaktion, Konjunktival- und Kornealreflex erloschen. Puls gut. Fuß-, Knie- und Armreflexe völlig erloschen; keine Schmerzempfindung.

Am 11. Januar, nachdem sie nachts schon sehr unruhig gelegen hat, ist es möglich, sie zu ermuntern; sie klagt über große Schwäche, Rücken- und Kopfschmerzen, Zerschlagen-

heit; sie kann sich nicht erinnern, was mit ihr vorgefallen ist.

12. Januar: Schmerzen haben nicht nachgelassen, aber der Zustand scheint sich doch etwas gebessert zu haben. Patientin hat den Wunsch, sich zu unterhalten. Dabei stellt sich heraus, daß ihr jegliche Erinnerung sowohl für die Dauer der Erkrankung wie für ihre Ursache fehlt. Die Unterhaltung ist eine mühsame, abgehackte; nur ganz allmählich kann die Kranke ihren Gedanken Ausdruck geben. Die Sprache ist langsam, gedehnt.

13. Januar: Heute ist das Erinnerungsvermögen wieder vorhanden. Patientin erinnert sich an die Aufregung vom 8. Januar, erinnert sich, wann und wie sie die Veronaltabletten genommen hat, und wieviel es gewesen sind. Sie fühlt sich besser, versucht zu gehen, taumelt aber.

20. Januar: Patientin fühlt sich heute wieder vollkommen gesund.

Ein auffallender Befund bei der Patientin, den Neumann in Zusammenhang mit der Veronalvergiftung bringt, und der ihm auch die Veranlassung zu der Veröffentlichung gab, ist das Vorhandensein von Zucker im Urin. Dieser Befund hat sich bisher nirgends wieder gezeigt und auch in unserem Falle konnte Zucker nicht nachgewiesen werden.

Erinnerungsschwund als Symptom der Veronalvergiftung findet Neumann außer bei Kreß und Möhrchen auch noch in einem von Pap mitgeteilten Falle angegeben, der hier auch noch angeführt werden soll *).

Paps Patient ist anfangs bewußtlos. Kornealreflexe vorhanden, Pupillen eng, wenig reagierend. Nach zwei Tagen starke Unruhe, etwas schwacher Puls. Pupillen gleich, reagieren. Reflexe normal. Nachts darauf schläft

*) Pap, Ein Fall von Veronalvergiftung. Übersetzung aus Gyógyászat, 1907, Nr. 28.

Patient unruhig, schlägt den Wärter, schreit und will aufstehen. Am nächsten Morgen ist er ruhiger, antwortet auf Fragen, klagt über Kopfschmerzen. Am Nachmittage ist er völlig bei Bewußtsein. Es zeigt sich, daß er die Erinnerung an die letzten drei Tage vollkommen verloren hat.

Vergleiche ich unseren Fall von Intoxikationspsychose einerseits mit der oben wiedergegebenen Kokain-Morphiumpsychose, andererseits mit den zuletzt aufgeführten Angaben über Veronalvergiftung, so komme ich zu der Überzeugung, daß aus der Zusammenwirkung der drei Gifte sich sehr wohl ein Krankheitsbild entwickeln kann, wie es der Patient in dem eingangs geschilderten Falle dargeboten hat.

Da nun bekanntlich auch Infektionskrankheiten öfter Geistesstörungen im Gefolge haben, so könnte die Frage entstehen, ob nicht bei dem Patienten T. die überstandene Influenza von Einfluß auf die Entwickelung des Krankheitsprozesses gewesen ist. Ich möchte hier folgenden Fall*) anführen:

P. F., 25 Jahre alt, erblich nicht belastet, zog sich im Januar eine Infektion einer Rißwunde zu. Es kam zur Lymphangitis und Lymphadenitis, die jedoch alsbald von selbst wieder zurückgingen. Am 17. April, nachdem sich Patient längere Zeit völlig wohl befunden hatte, erkrankte er plötzlich nach einem geringen Wortwechsel mit seinem Vater. Er wurde plötzlich verwirrt, halluzinierte anscheinend, verkannte seine Umgebung und kam am 19. April in die psychiatrische Klinik. Sein Bruder gab an, daß sich P. in letzter Zeit stark überarbeitet hätte.

Befund: Innere Organe o. B. Achillessehnenreflexe stark gesteigert; Romberg; unsicherer, schwankender Gang;

*) Binswanger-Berger. Archiv für Psychiatrie, Band 34; Zur Klinik und pathologischen Anatomie der postinfektiösen und Intoxikationspsychosen.

Pupillen etc. ohne Besonderheiten. Bei der Aufnahme völlig orientiert über Ort und Zeit, gab selbst seine Anamnese an. In der Nacht brach ein heftiger halluzinatorischer Erregungszustand aus. Patient bot in den nächsten Tagen wiederholt luzide Intervalle dar, in denen er seinen Zustand klar beurteilte. Bald nahm jedoch die Unruhe zu; er zeigte motorische Erregung, zerriß die Kleider, grimassierte, sprach fortwährend inkohärent etc. Er war zeitweise unreinlich und masturbierte sehr viel.

Am 1. Mai war Patient vorübergehend wieder etwas klarer, er zeigte sich orientiert über seinen Aufenthalt, glaubte jedoch, schon über ein Jahr hier zu sein. Er zeigte dann eine ganz allmähliche psychische Besserung und konnte nach zwei Monaten geheilt entlassen werden.

Trotz des langen zwischen dem Ausbruch der Psychose und der Infektion liegenden Zeitraumes (es handelte sich um zwei bis drei Monate) meinen Binswanger-Berger, müßte man die Infektion für die Psychose verantwortlich machen, da außer der vom Bruder angegebenen Überarbeitung alle anderen die Krankheit auslösenden Momente fehlten.

In unserem Falle liegen die Infektion und der Ausbruch der Psychose nur etwa einen Monat auseinander. Trotzdem möchte ich nicht annehmen, daß die Infektion an sich bei der Verursachung der Geistesstörung eine Rolle gespielt hat, höchstens insofern, als durch die überstandene Influenza der Organismus des Patienten geschwächt und demzufolge auch das Zentralnervensystem weniger widerstandsfähig gemacht worden ist. Ich möchte lediglich die Intoxikation verantwortlich machen und halte es für wahrscheinlich, daß auch in obigem Falle ein verborgenes Bindeglied vorhanden gewesen ist, irgendeine Noxe, die es bei dem durch die Infektion geschwächten Organismus zur Entwickelung einer Psychose hat kommen lassen.

Wenn man übrigens das Krankheitsbild in unserem Falle betrachtet, so tritt auch eine nicht zu verkennende Ähnlichkeit zutage mit dem Korsakow'schen Symptomenkomplex, den Siemerling in der Deutschen Klinik, Band VI, folgendermaßen beschreibt:

„Im Vordergrund der Symptome steht eine eigenartige Gedächtnisstörung, alle neuen Eindrücke werden schnell vergessen; das Gedächtnismaterial aus früherer Zeit bleibt zum Teil zur Verfügung oder der Kranke ersetzt es durch Bilder, welche er in seinen Phantasien, durch Halluzinationen, Illusionen, Träume unterstützt, erzeugt. Es resultiert daraus eine weitgehende örtliche und zeitliche Orientierungsstörung; Erinnerungstäuschungen und Erinnerungsfälschungen spielen eine große Rolle. Die Kranken fabulieren aufs lebhafteste, erzählen Geschichten, Erlebnisse, ganz in der Weise, wie dieses bei Deliranten zutage tritt. Oft bildet die protrahierte Form des Deliriums den Übergang. Die Stimmung ist meist ruhig, zufrieden, hat einen euphorischen Hintergrund". Dazu treten dann noch die Störungen seitens der Nerven, von denen wir ja auch bei unseren Kranken eine Reihe vorfinden (Sensibilitätsstörungen, Tremor, Romberg, Reflexanomalien), die aber nach Gudden, Jolly, Mönkemöller und neuerdings E. Meyer keineswegs an das Krankheitsbild gebunden sind.

Man könnte also schließlich bei unserem Falle an eine Mitbeteiligung des Korsakow'schen Symptomenkomplexes denken, zumal ja erwiesen ist, daß für diesen nicht immer der Alkohol verantwortlich gemacht zu werden braucht, sondern daß auch infektiöse Prozesse (s. B. Typhus) als Ursache in Betracht kommen können.

Überhaupt macht die Differentialdiagnose, resp. die Entscheidung, welche komplizierenden Faktoren noch in Frage kommen könnten, gerade bei dieser Art von Psychosen wegen der Vielgestaltigkeit des Verlaufs einige Schwierigkeiten, so

daß man sich damit begnügen muß, aus den Hauptgesichtspunkten der Vorgeschichte und der ätiologischen Entwickelung eine annähernd richtige Diagnose zu stellen.

* * *

Herrn Geheimrat Siemerling möchte ich an dieser Stelle für die freundliche Überlassung der Krankenakten und für die liebenswürdige Unterstützung bei der Anfertigung der Arbeit meinen Dank aussprechen.

Literatur.

Schröder, Beitrag zur Lehre von den Intoxikationspsychosen. Zeitschrift für Psychiatrie 1906, S. 114.

Heiberg, Systematik der Intoxikationspsychosen. Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 1902.

Foerster, Zur Kasuistik der kombinierten Morphio-Kokainpsychose. Inauguraldissertation, Kiel 1904.

E. Fischer und v. Mering, Über eine neue Klasse von Schlafmitteln. Therapie der Gegenwart, März 1903.

Steinitz, Zur Symptomatologie, Prognose und Therapie der akuten Veronalvergiftungen. Therapie der Gegenwart, Mai 1908.

Binswanger-Berger, Zur Klinik und pathologischen Anatomie der postinfektiösen und Intoxikationsphsychosen. Archiv für Psychiatrie, Band 34.

Siemerling, Deutsche Klinik, Band VI.

Lebenslauf.

Ich, Karl Rudolf Johannes Luedtke, evangelischer Konfession, wurde geboren am 5. Oktober 1883 zu Berlin. Ich besuchte zunächst das Askanische Gymnasium in Berlin, dann das Gymnasium zu Groß-Lichterfelde, auf dem ich Ostern 1903 das Abiturientenexamen bestand. Mein Studium absolvierte ich ausschließlich in Berlin und bestand daselbst Februar 1906 die ärztliche Vorprüfung und am 7. November 1908 das ärztliche Staatsexamen. Von Dezember 1908 bis Dezember 1909 war ich als Medizinalpraktikant am Städtischen Krankenhause in Elberfeld beschäftigt.